

PREVENÇÃO PRIMÁRIA EM PSIQUIATRIA: POSSIBILIDADE OU UTOPIA?

PRIMARY PREVENTION IN PSYCHIATRY: POSSIBILITY OR UTOPIA?

Resumo

A psiquiatria é o ramo da medicina que se dedica ao estudo dos transtornos mentais, com o objetivo de diagnosticar, classificar, tratar e prevenir. Entretanto, diferentemente das outras áreas médicas, pensar em uma abordagem preventiva na psiquiatria é algo relativamente novo. Somente na década de 1970 é que começaram a ser implementadas as primeiras iniciativas de prevenção em saúde mental. Os primeiros esforços tiveram como foco indivíduos em risco para psicose. Nas últimas décadas, os principais avanços no campo preventivo dentro da psiquiatria se deram nas prevenções secundária e terciária. Entretanto, seria possível fazer prevenção primária em psiquiatria? As publicações parecem dizer que sim. Cerca de 1.000 estudos controlados já foram publicados sobre prevenção primária em psiquiatria, sendo a maior parte em crianças e adolescentes. Em geral, esses estudos mostraram a capacidade da prevenção de reduzir fatores de riscos para adoecimento psíquico, de fortalecer fatores protetores e de gerar um impacto econômico positivo. Além disso, embora em um número muito menor, esses trabalhos conseguiram demonstrar que estratégias preventivas também são capazes de diminuir a incidência de transtornos mentais comuns, como depressão e transtornos de ansiedade.

Palavras-chave: Prevenção primária, psiquiatria preventiva.

Abstract

Psychiatry is the branch of medicine that deals with the study of mental disorders with the aim of diagnosing, classifying, treating, and preventing such disorders. However, unlike other medical areas, thinking of preventive approaches in psychiatry is relatively new.

Only in the 1970s did the first initiatives of prevention in mental health begin to be implemented. Early efforts focused on individuals at risk for psychosis. Over the past decades, major advances have been achieved in the field of secondary and tertiary prevention. However, would primary prevention be possible in psychiatry? Publications seem to say yes. About 1,000 controlled studies have been published on primary prevention in psychiatry, mostly involving children and adolescents. In general, these studies have demonstrated the ability of prevention approaches to reduce risk factors for mental illness, strengthen protective factors and generate a positive economic impact. Furthermore, although at a much lower scale, these studies have shown that preventive strategies are also able to decrease the incidence of common mental disorders, such as depression and anxiety disorders.

Keywords: Primary prevention, preventive psychiatry.

INTRODUÇÃO

Em sua obra seminal de psicopatologia, Jaspers escreveu que a prática da profissão psiquiátrica se ocupa sempre do indivíduo humano como um todo. Seus limites consistem em jamais poder reduzir inteiramente o indivíduo a conceitos psicopatológicos¹. De qualquer modo, os psiquiatras lidam com esse duplo desafio: estudar o adoecimento psíquico sem reduzir o sistema complexo chamado humano e entender o ser humano para aprimorar a prática clínica. Assim, é importante relembrar alguns conceitos basilares.

Como explica o Prof. Othon Bastos, a psiquiatria é o ramo da medicina que se dedica ao estudo dos transtornos mentais, com os objetivos de diagnosticar, classificar, tratar e *prevenir*. No entanto, há algo na psiquiatria que

¹ Professor Assistente de Psiquiatria e Psicologia Médica, Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Recife, PE. Preceptor da Residência de Psiquiatria, Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco (HC-UFPE), Recife, PE. Mestre e Doutorando em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento, UFPE, Recife, PE. ² Estudante de Medicina, UFPE, Recife, PE. ³ Professor Adjunto de Psiquiatria e Psicologia Médica, UFPE, Recife, PE. Preceptor da Residência de Psiquiatria, HC-UFPE, Recife, PE. Doutor em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento, UFPE, Recife, PE.

lhe confere certa originalidade ou peculiaridade: ela se encontra exatamente na interface das ciências biológicas e do comportamento humano².

Para a geração de novos psiquiatras, parece óbvio pensar na psiquiatria como uma especialidade médica e, dessa maneira, herdeira do modelo da medicina. No entanto, essa conceituação percorreu um longo caminho, sobretudo porque a psiquiatria é o ramo da medicina que mais se apresenta no cruzamento de vários saberes humanos. Isso porque o comportamento humano é portador de uma complexidade dificilmente entendida através de uma simplificação do pensamento. Essa simplificação é necessária para se construir um corpo de conhecimento, mas, ao mesmo tempo, é arriscada pela possibilidade de se produzir uma visão muito parcial de um fenômeno quando se considera um lado sem se levar em conta as outras faces. (Além disso, a própria loucura nem sempre foi vista com o olhar médico, já tendo sido entendida como uma manifestação do humano e até como um poder especial dos deuses³³.) Igualmente, por estar mais próxima da encruzilhada do saber, a psiquiatria viu nascer várias movimentações em seu bojo, às vezes contraditórias, extremadas ou divergentes.

Reafirmando a psiquiatria como uma especialidade médica, procurou-se, neste artigo, responder se a prevenção primária em saúde mental já seria uma realidade. Para isso, procurou-se formular um panorama atual acerca da prevenção primária em psiquiatria. Partindo-se de ponderações em torno de impossibilidades, inviabilidades e limitações da prevenção em saúde mental, enfatizaram-se aspectos teóricos sobre a prevenção primária. Posteriormente, foram descritos alguns estudos bem desenhados, que mensuraram a diminuição da incidência de transtornos mentais como principal desfecho de intervenções preventivas.

PREVENÇÃO EM PSIQUIATRIA

Assim como a medicina em geral, a psiquiatria passou por diversas etapas, tanto no campo teórico quanto no aspecto assistencial. Na realidade, os avanços nessas duas frentes acabaram se entrelaçando e levando a mudanças de paradigmas na psiquiatria.

Diferentemente das outras áreas médicas, pensar em uma abordagem preventiva na psiquiatria é algo relativamente novo. Somente na década de 1970 é que

começaram a ser implementadas as primeiras iniciativas de prevenção em saúde mental. Os primeiros esforços tiveram como foco indivíduos em risco para psicose³. Na década seguinte, começou-se a falar da urgência em se pensar também na prevenção primária em psiquiatria⁴. No entanto, dos 934 artigos publicados entre 2001 e 2012 nos três maiores jornais de psiquiatria e ciências sociais de Israel, somente 7,2% abordaram a temática de prevenção primária em saúde mental⁵.

Se hoje é totalmente possível e desejável falar em medicina preventiva, e se a psiquiatria é um ramo da medicina, por qual motivo não se poderia falar de prevenção em psiquiatria?

Uma das respostas que se costuma dar é que não se saberia a etiologia dos transtornos mentais. Contudo, com exceção da maioria das doenças estudadas pela infectologia, grande parte das condições tratadas pela medicina não tem suas etiologias totalmente conhecidas, e os respectivos tratamentos se baseiam em controle de sintomas. Com a quantidade de estudos das neurociências, da genética do comportamento e da psicofarmacologia, a psiquiatria já possui grande arsenal de conhecimentos sobre mecanismos fisiopatológicos e etiológicos dos principais diagnósticos que se propõe a tratar. Não é que se saiba pouco sobre as bases etiológicas e fisiopatológicas dos transtornos psiquiátricos; não se sabe a causa exata de maneira individualizada. Grande parte disso se deve aos escassos métodos diagnósticos complementares disponíveis na prática clínica para o diagnóstico de transtornos mentais primários. Dessa maneira, não parece razoável deixar o estudo da prevenção em psiquiatria por uma suposta falta de conhecimento.

Além disso, muitos estudos têm surgido com o objetivo de fazer diagnóstico e intervenção precoces^{6,7}, diminuição de recaídas^{8,9} (prevenção secundária) e reabilitação¹⁰⁻¹² (prevenção terciária). Pelo menos em parte, a prevenção dentro da psiquiatria vem sendo estudada e aplicada.

PREVENÇÃO PRIMÁRIA EM PSIQUIATRIA

Fala-se em prevenção primária quando se faz interceptação dos fatores pré-patogênicos através de promoção da saúde e de proteção específica; em prevenção secundária quando se tomam medidas no indivíduo já sob ação do agente patogênico, por meio de diagnóstico e tratamento

precoces, medidas estas que visam diminuir a incapacidade; e em prevenção terciária quando se adotam medidas que tentam impedir a incapacidade total¹³.

Nas últimas décadas, os principais avanços no campo preventivo dentro da psiquiatria se deram nas prevenções

secundária e terciária¹⁴. Entretanto, seria possível fazer prevenção primária em psiquiatria? As publicações parecem dizer que sim¹⁵.

Pode-se classificar a prevenção primária em psiquiatria em três subtipos (Figura 1).

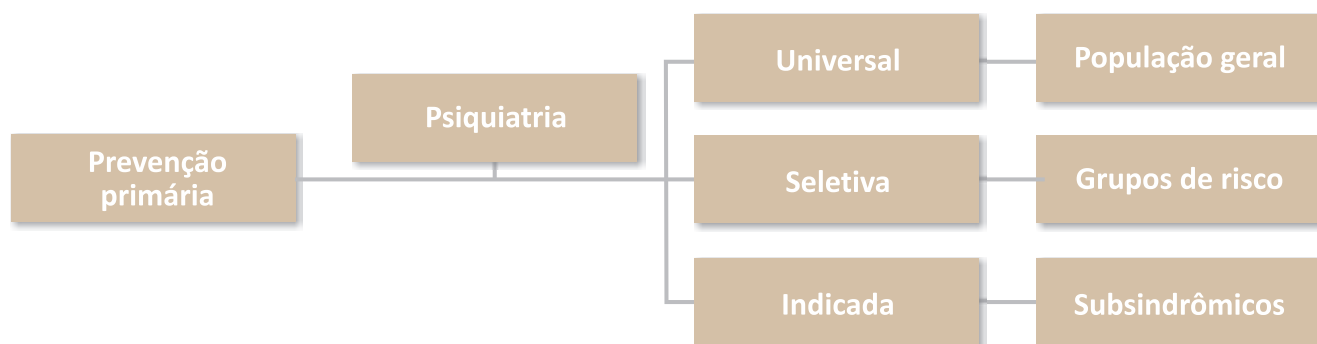


Figura 1 - Prevenção primária em psiquiatria.

Fala-se em prevenção universal quando as estratégias são voltadas para a população em geral, independentemente dos fatores de risco; em prevenção seletiva quando o foco são grupos que possuem alguns riscos; e em prevenção indicada quando as estratégias atingem pessoas com alguns sintomas psiquiátricos, mas que ainda não fecham critério para nenhum diagnóstico (aqui chamadas de subsindrômicas)¹⁶.

Cerca de 1.000 estudos controlados já foram publicados sobre prevenção primária em psiquiatria¹⁷, sendo a maior parte em crianças e adolescentes¹⁸. Em geral, esses estudos mostraram a capacidade da prevenção de reduzir fatores de riscos para adoecimento psíquico, de fortalecer fatores protetores e de gerar um impacto econômico positivo. Contudo, um número muito menor conseguiu responder se as estratégias preventivas são capazes de diminuir realmente a incidência de transtornos mentais¹⁷.

As estratégias de prevenção universal (Figura 2), que visam atingir a população em geral, são difíceis de gerar diferenças estatisticamente significativas em relação à incidência¹⁹. É verdade que a administração de ácido fólico antes da gestação, para evitar má-formação no

tubo neural e prevenir problemas neuropsiquiátricos, está bem estabelecida²⁰; contudo, outras ações, como a utilização da mídia para educação em saúde mental, são mais difíceis de serem estudadas em termos de eficácia. Apesar disso, é improvável que alguém negue a sua utilidade.

O grande problema da realização de estudos sobre prevenção universal é a necessidade de se ter uma amostra de pelo menos dezenas de milhares de pessoas para conseguir alcançar resultados estatisticamente significativos em relação à diminuição da incidência de transtornos mentais (doenças menos prevalentes precisam de números ainda maiores)^{17,19,21}. Além disso, pode-se entrar no problema ético de impor intervenções a uma população inteira enquanto apenas uma fração irá desenvolver transtornos psiquiátricos¹⁷. Igualmente, alguns fatores de risco, como idade e sexo, não são mutáveis; e outros dependem muito mais de ações políticas e sociais^{17,19}.

Gerar estatísticas sobre diminuição de incidência com estudos de prevenção seletiva (Figura 3) também é tarefa árdua, pois são necessárias amostras com mil a milhares de pessoas¹⁷.

¹ Professor Assistente de Psiquiatria e Psicologia Médica, Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Recife, PE. Preceptor da Residência de Psiquiatria, Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco (HC-UFPE), Recife, PE. Mestre e Doutorando em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento, UFPE, Recife, PE. ² Estudante de Medicina, UFPE, Recife, PE. ³ Professor Adjunto de Psiquiatria e Psicologia Médica, UFPE, Recife, PE. Preceptor da Residência de Psiquiatria, HC-UFPE, Recife, PE. Doutor em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento, UFPE, Recife, PE.

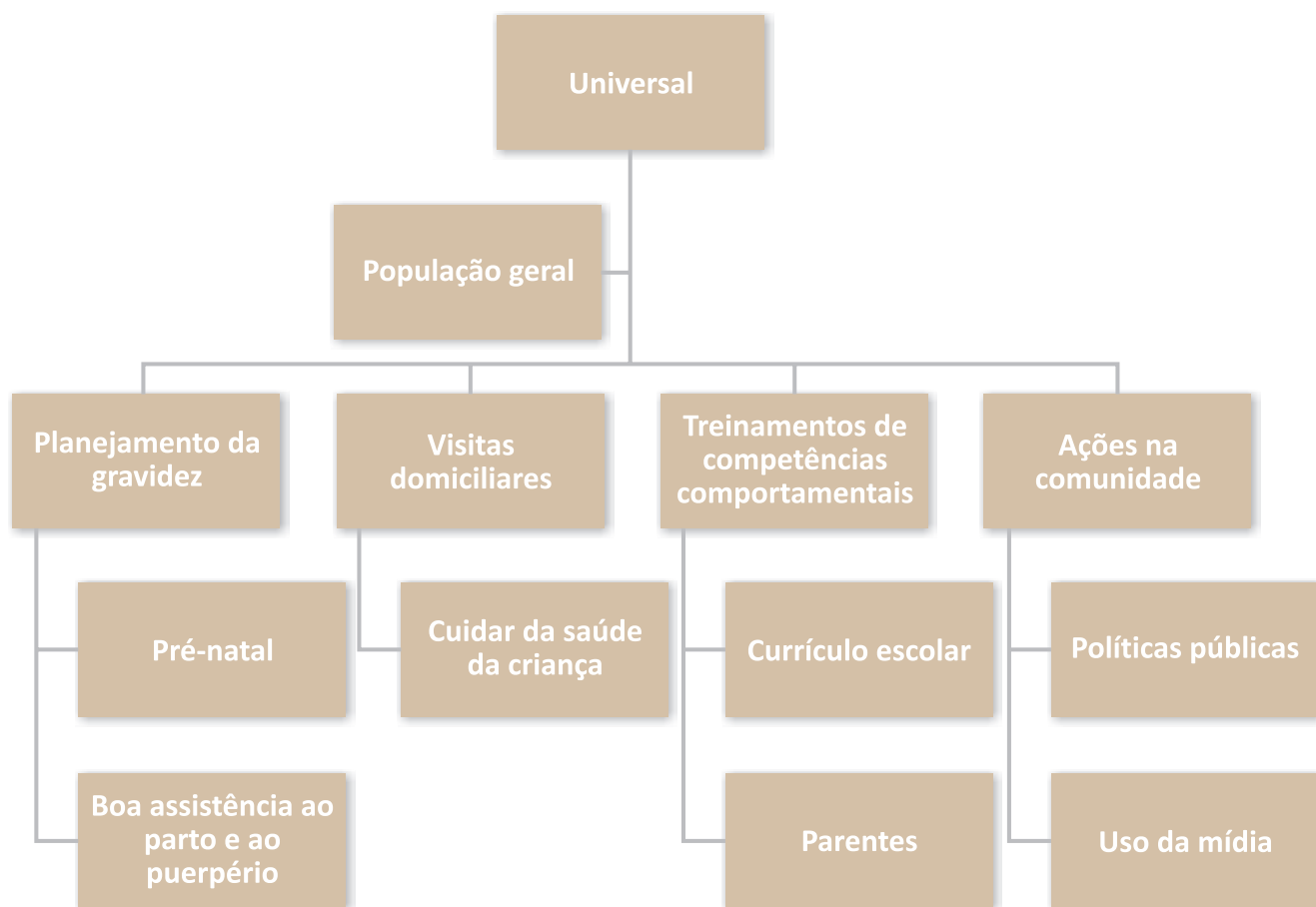


Figura 2 - Algumas possibilidades de prevenção primária universal em psiquiatria.

Essas amostras com tamanhos quase inviáveis para a maior parte dos estudos científicos se devem, em grande parte, à questão da multifatorialidade etiológica dos transtornos mentais. Transtornos psiquiátricos não são causados apenas por um único fator de risco²², sendo que um único fator de risco para adoecimento psíquico não consegue explicar mais do que 15% do aparecimento do transtorno¹⁷. De fato, indivíduos com poucos fatores de risco podem desenvolver diagnósticos psiquiátricos e indivíduos com muitos fatores de risco podem nunca desenvolver transtornos. Não sabemos ao

certo qual a combinação de fatores para um indivíduo específico em um determinado momento gera um diagnóstico²³. Em algumas situações, achados em parâmetros neurocientíficos não conseguem traduzir-se em resultados similares em termos de diagnóstico clínico. Por exemplo, betabloqueador se mostrou eficaz para diminuir a consolidação de memórias traumáticas, mas não conseguiu demonstrar o mesmo efeito para prevenir o diagnóstico de transtorno de estresse pós-traumático²⁴. Certamente, isso também passa pelo fato de lidarmos com um sistema altamente complexo responsável pelo

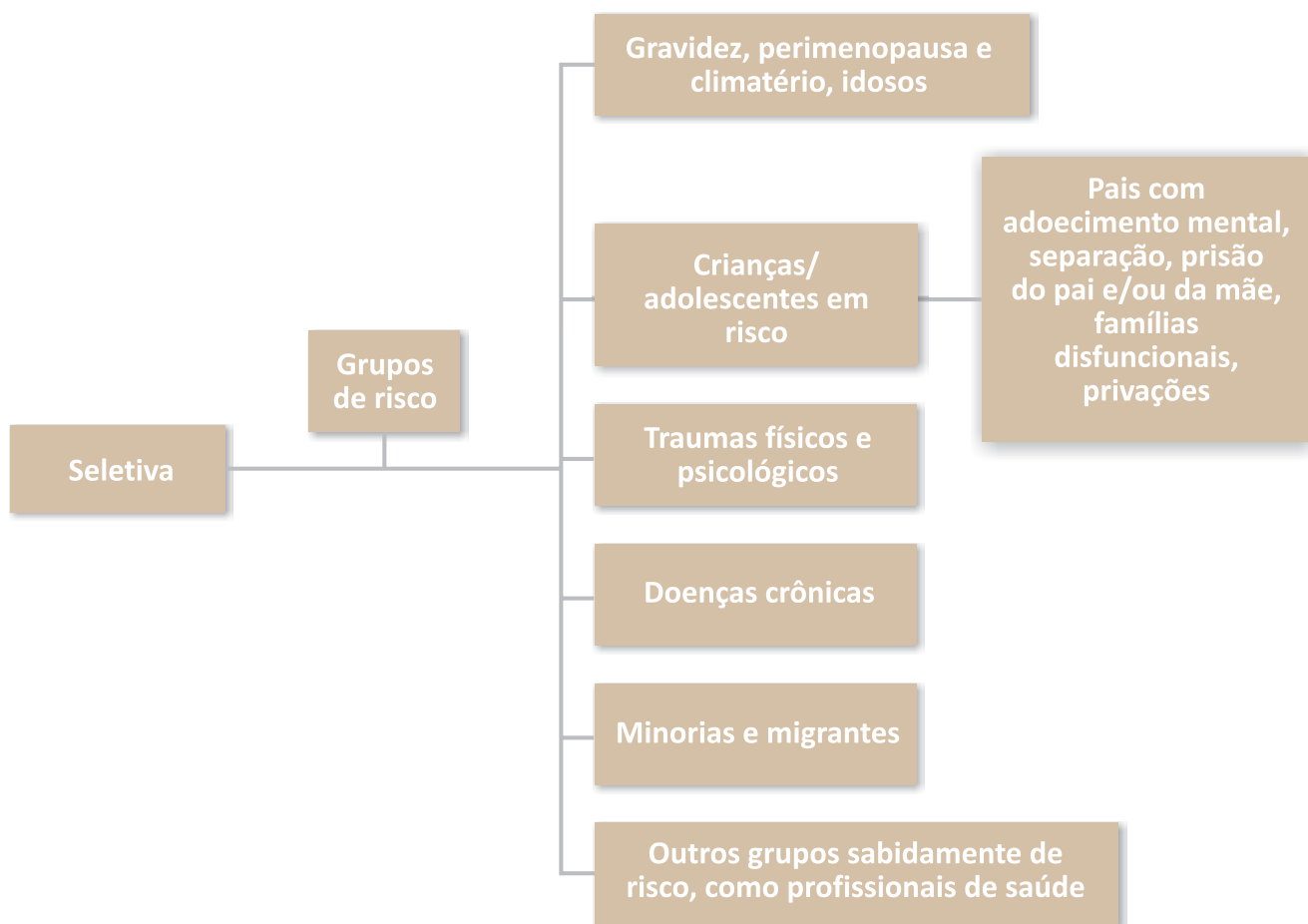


Figura 3 - Algumas possibilidades de prevenção seletiva em psiquiatria.

comportamento e pelas emoções humanas, que não pode ser explicado em termos lineares de uma causa gerando um efeito.

Para se poder avançar nos dados científicos sobre diminuição de incidência de transtornos mentais com estratégias de prevenções universal ou seletiva (principal desfecho almejado), seriam necessários grandes estudos multicêntricos envolvendo um tamanho amostral muito grande. Outra possibilidade é a realização de estudos com amostras menores, mas com métodos semelhantes, que possibilitem a realização posterior de metanálises¹⁷.

PREVENÇÃO PRIMÁRIA INDICADA

A prevenção indicada (Figura 4) envolve intervenções em grupos que possuem alguns sintomas psiquiátricos, mas que não fecham critério diagnóstico. O risco de incidência nesses indivíduos é bem maior, por isso, são necessárias amostras bem menores, possibilitando pesquisas mais viáveis^{17,19,20}. Com a quantidade de escalas de autoaplicação disponíveis, fica relativamente fácil fazer triagem de pessoas com presença de sintomas psiquiátricos e posterior avaliação clínica pormenorizada antes de aplicar e avaliar a eficácia de uma intervenção.

¹ Professor Assistente de Psiquiatria e Psicologia Médica, Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Recife, PE. Preceptor da Residência de Psiquiatria, Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco (HC-UFPE), Recife, PE. Mestre e Doutorando em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento, UFPE, Recife, PE. ² Estudante de Medicina, UFPE, Recife, PE. ³ Professor Adjunto de Psiquiatria e Psicologia Médica, UFPE, Recife, PE. Preceptor da Residência de Psiquiatria, HC-UFPE, Recife, PE. Doutor em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento, UFPE, Recife, PE.

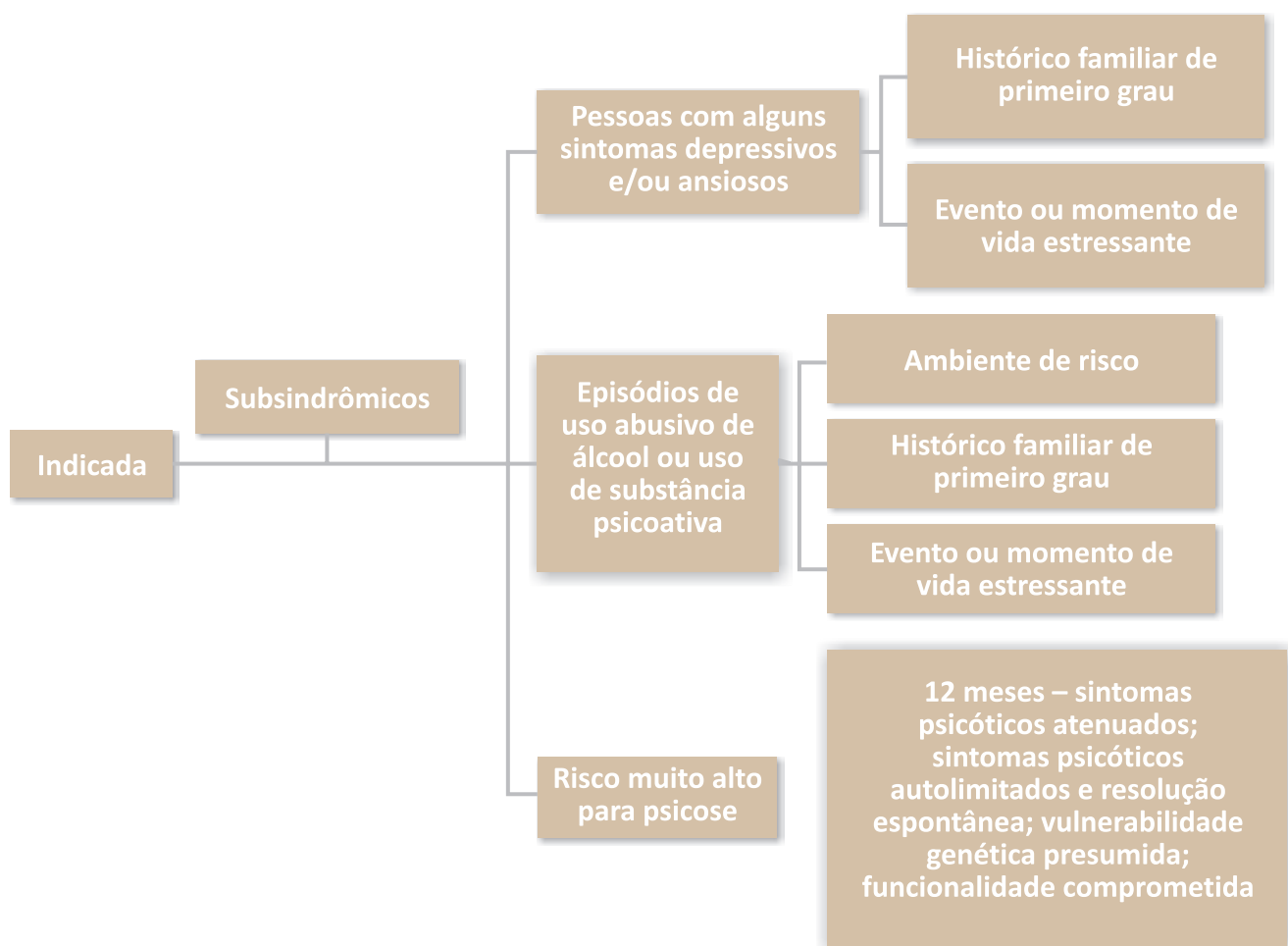


Figura 4 - Algumas possibilidades de prevenção indicada em psiquiatria.

É verdade que há o debate se a prevenção indicada seria realmente primária ou se seria diagnóstico e tratamento precoces, portanto secundária¹⁷. Apesar disso, bons estudos com esse tipo de abordagem têm sido publicados e têm demonstrado a eficácia em diminuir a incidência de transtornos mentais comuns, como depressão e transtornos de ansiedade. Abaixo, alguns trabalhos bem representativos e bem realizados são descritos.

Pesquisando de modo não sistematizado na base de dados PubMed, os autores não encontraram artigos descrevendo estudos brasileiros de prevenção primária

com diminuição de incidência de transtornos mentais como desfecho. No momento em que escrevem este artigo, os autores terminaram de conduzir um estudo com intervenção baseada em psicologia positiva em estudantes de medicina da Universidade Federal de Pernambuco. Entre as variáveis estudadas, foram utilizadas escalas para avaliar bem-estar subjetivo e escala de triagem para transtornos mentais comuns. Antes da intervenção, um estudo transversal avaliando bem-estar subjetivo e preocupações foi realizado na mesma população. Os artigos estão sendo escritos.

Um dos primeiros estudos bem conduzidos foi realizado em 1995 em uma amostra de adolescentes do ensino médio norte-americano com elevados sintomas depressivos. Uma escala (Center for Epidemiological Studies Depression Scale – CES-D) foi aplicada em 1.652 estudantes. Adolescentes com escores elevados do CES-D (n = 471) foram entrevistados com o Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children (n = 222). Os jovens que apresentaram diagnóstico de transtorno afetivo foram referenciados para serviços de psiquiatria (n = 46); 172 adolescentes, que foram identificados como tendo muitos sintomas depressivos mas sem o diagnóstico clínico, foram randomizados para a intervenção (n = 76) ou para cuidados usuais (grupo controle) (n = 74). A intervenção preventiva foi realizada através de 15 sessões de grupo de terapia cognitiva (TC). No seguimento de 12 meses, a incidência de depressão no grupo que recebeu a intervenção de TC foi de 14,5% e no grupo controle foi de 25,7%²⁵. Anos depois, um ensaio clínico controlado e randomizado foi liderado pelo mesmo pesquisador em adolescentes (13 a 18 anos) descendentes de pais que estavam em tratamento para depressão em um serviço de saúde. Os jovens que participaram do estudo tinham no momento da intervenção sintomas depressivos que não fechavam diagnóstico clínico e/ou um passado de episódio depressivo; 49 adolescentes receberam cuidados usuais no serviço de saúde, e 45, além desses cuidados, receberam 15 sessões de grupo de TC. No seguimento de 15 meses, o grupo que recebeu a intervenção teve incidência de 9,3% de depressão, enquanto o grupo controle teve incidência de 28,8%²⁶.

Um estudo com amostra maior reportou um ensaio clínico multicêntrico controlado e randomizado, conduzido em quatro cidades da América do Norte, que avaliou o efeito da terapia cognitivo-comportamental (TCC) em adolescentes (13-17 anos) descendentes de pais que tinham depressão durante o período da intervenção ou que tiveram o diagnóstico no passado. Os jovens tinham sintomas depressivos subsindrômicos durante a intervenção ou histórico de depressão ou ambas situações. O grupo intervenção (n = 159) recebeu oito sessões semanais de TCC (fase aguda) de grupo (3 a 10 adolescentes) de 90 minutos, seguidas de seis sessões mensais de TCC (fase de continuação). Além disso, foram

realizados encontros com os parentes nas sessões 1 e 8 da fase aguda. O grupo controle (n = 157) recebeu o cuidado convencional de saúde nas instituições (cuidados em saúde mental ou em outras áreas clínicas). Além do autorrelato (CES-D), foram realizadas entrevistas clínicas com psiquiatra. O programa de intervenção de TCC teve um efeito significativo de prevenir episódios de depressão no seguimento de 9 meses (11,7 versus 40,5%; IC95% 0,11-0,50), mas esse efeito só foi evidente nos adolescentes cujos pais não estavam passando por depressão no momento do programa²⁷. Os resultados se mantiveram em um seguimento de 3 anos²⁸.

Uma metanálise recente, incluindo 32 ensaios clínicos controlados e randomizados, examinou o efeito das intervenções propostas para prevenção primária de depressão. A maior parte das intervenções foram sessões de grupo baseadas na TCC e, em segundo lugar, na psicoterapia interpessoal (PI). O grupo-alvo das intervenções foi, em sua maioria, crianças e adolescentes e, em segundo lugar, mulheres grávidas. Não foi feita limitação em relação aos tipos de prevenção primária para a inclusão dos artigos. O risco relativo para o desenvolvimento de depressão nos grupos das intervenções em relação aos grupos controles foi de 0,79 (IC95% 0,69-0,91), indicando uma diminuição de 21% na incidência de depressão nos referidos grupos que receberam as intervenções preventivas. O número necessário para tratar (NTT) para prevenir um caso de depressão foi 20. Como os tratamentos atuais não conseguem reduzir todas as consequências dos transtornos depressivos, estratégias preventivas devem ser consideradas²⁹.

Uma recente revisão sistemática da Cochrane investigou a eficácia de intervenções baseadas na TCC, na PI e na terceira onda da TCC para a prevenção primária de depressão em crianças e adolescentes (5 a 19 anos). Foram incluídos 83 ensaios clínicos, e não houve limitação em relação aos tipos de prevenção primária para a inclusão dos estudos. As intervenções destinadas às populações de risco tiveram efeitos estatisticamente significativos na redução da incidência de depressão (embora pequenos), tanto na pós-intervenção quanto 12 meses depois, o mesmo não acontecendo com a intervenção universal. O NTT foi 11 quando comparado com outras intervenções de saúde pública³⁰.

¹ Professor Assistente de Psiquiatria e Psicologia Médica, Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Recife, PE. Preceptor da Residência de Psiquiatria, Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco (HC-UFPE), Recife, PE. Mestre e Doutorando em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento, UFPE, Recife, PE. ² Estudante de Medicina, UFPE, Recife, PE. ³ Professor Adjunto de Psiquiatria e Psicologia Médica, UFPE, Recife, PE. Preceptor da Residência de Psiquiatria, HC-UFPE, Recife, PE. Doutor em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento, UFPE, Recife, PE.

Estudos bem desenhados sobre a diminuição de incidência de transtornos de ansiedade com intervenções preventivas também foram realizados. Um deles foi publicado em 1997 como consequência de um projeto feito na Austrália (The Queensland Early Intervention and Prevention of Anxiety Project). Um total de 1.786 crianças (7 a 14 anos) foram triadas para problemas de ansiedade a partir da observação de seus professores e também de autorrelatos (Revised Children's Manifest Anxiety Scale - RCMAS). Após o recrutamento e a entrevista diagnóstica (utilizando protocolos estruturados: Child Behavior Checklist e Anxiety Disorders Interview Schedule for Children - Parent Version), 128 crianças/adolescentes foram selecionados e divididos para o grupo intervenção (10 semanas de sessões de grupo escolares baseadas na TCC para as crianças e para os parentes) ou para o grupo controle (apenas monitoramento). Aqueles que tinham transtornos primários de comportamento externalizantes foram excluídos. Nenhum parente tinha abuso de substância ou esquizofrenia. No seguimento de 6 meses, as crianças que já tinham diagnóstico de transtorno de ansiedade e receberam a intervenção diminuíram as taxas de transtornos e de sintomas de ansiedade, quando comparadas com aquelas que apenas foram monitoradas. Além disso, dentro desse grupo controle, que apenas foi monitorado, 33 crianças tinham sintomas de ansiedade, mas não fechavam critério diagnóstico. Destas crianças, 54% progrediram ao longo dos 6 meses para um diagnóstico de transtorno de ansiedade, enquanto apenas 16% de crianças semelhantes ("subsindrômicas") do grupo intervenção progrediram para um diagnóstico³¹.

Pensando na alta comorbidade entre transtornos depressivos e ansiosos, bem como na utilidade de se programar intervenções que possam ser úteis para mais de uma condição patológica, um estudo chamado Screening and Training: Enhancing Resilience in Kids (STERK-study) tem sido conduzido. A proposta é realizar um ensaio clínico controlado randomizado que combina dois tipos de prevenção primária (seletiva e indicada), com o objetivo de atingir dois tipos de grupos de risco: aqueles sem sintomas e aqueles outros com sintomatologia depressiva e/ou ansiosa elevada, mas sem fechar critério clínico. O critério para risco de adoecimento foi dado pela

presença de dois dos três seguintes parâmetros: sexo feminino, os dois pais com diagnóstico de depressão e/ou transtornos de ansiedade, história familiar de suicídio ou de tentativa de suicídio. O protocolo deste ensaio está muito bem desenhado, e os resultados são aguardados com certa expectativa³².

PENSANDO PREVENTIVAMENTE

"Doutor, essas técnicas e informações deveriam ser transmitidas em escolas e em universidades! Se eu soubesse disso, minha vida certamente teria sido menos sofrida!", exclamou certa paciente durante uma sessão de psicoterapia.

Com vários dados disponíveis na literatura da psiquiatria e da psicologia, já é possível começar a mudar a maneira de se encarar os transtornos mentais. Uma das formas para se fazer isso é começando a implementar mais esforços na disseminação de conceitos e de técnicas que têm se mostrado eficazes na prevenção de transtornos psiquiátricos. Igualmente, pode-se começar a pensar preventivamente. Para isso, alguns princípios parecem ser fundamentais²⁰:

- Saúde mental e saúde física são inseparáveis;
- A prevenção é inerentemente interdisciplinar;
- Para prevenir, é preciso ter uma perspectiva de desenvolvimento.

Do mesmo modo, para além de debates intermináveis, algumas atitudes na intimidade da clínica e do ambiente de trabalho podem ser estimuladas²⁰:

- Aproveitar as oportunidades, dando especial atenção para os parentes de nossos pacientes e para crianças/adolescentes em risco;
- Promover estratégias de prevenção no próprio local de trabalho (para si e para os outros);
- Informar sobre riscos baseados nos dados científicos disponíveis.

CONCLUSÃO

A prevenção primária parece ser uma realidade parcialmente possível no presente, ao mesmo tempo em que pode ser uma utopia totalmente alcançada no futuro. Para isso, pensando com o que se tem em termos de dados científicos, o foco de pesquisas e de intervenções deve ser em prevenção indicada, em grupos com mais de

LEONARDO MACHADO
CAMILA TWANY NUNES DE SOUZA
AMAURY CANTILINO

um fator de risco e visando atingir desfechos que sejam benéficos para vários transtornos.

Além disso, a prevenção primária também é papel da psiquiatria e do(a) psiquiatra, embora não seja exclusiva deles. É verdade que mais estudos merecem ser realizados. Entretanto, a nossa mentalidade pode ser modificada desde já.

Artigo submetido em 01/11/2016, aceito em 17/01/2017. Os autores informam não haver conflitos de interesse associados à publicação deste artigo.

Fontes de financiamento inexistentes.

Correspondência: Leonardo Machado, Rua Frei Matias Teves, 280, sala 114, CEP 50070-450, Ilha do Leite, Recife, PE. E-mail: leonardo.machadoT@ufpe.br

Referências

1. Jaspers K. *Psicopatologia Geral*. 8th ed. São Paulo: Atheneu; 2006.
2. Bastos O. *Psiquiatria: conceito, objeto, objetivos, panorama atual e perspectivas*. In: Bastos O. *A história da psiquiatria em Pernambuco e outras histórias*. Recife: EDUPE; 2010. p. 63-76.
3. Moriyama TS, Miguel EC, Leckman J. Early interventions to prevent mental disorders - learning lessons from the field of psychosis. *Rev Bras Psiquiatr*. 2011;33:s125-8.
4. Bloom BL. The logic and urgency of primary prevention. *Hosp Community Psychiatry*. 1981;32:839-43.
5. Nakash O, Razon L, Levav I. Primary mental health prevention themes in published research and academic programs in Israel. *Isr J Health Policy Res*. 2015;4:3.
6. Taylor M, Bressan RA, Neto PP, Brietzke E. Intervenção precoce no transtorno bipolar: necessidades atuais, rumos futuros. *Rev Bras Psiquiatr*. 2011;33:s197-212.
7. Wilkinson LA. Facilitating the identification of autism spectrum disorders in school-age children. *Remedial Spec Educ*. 2010;31:350-7.
8. Geddes JR, Carney SM, Davies C, Furukawa TA, Kupfer DJ, Frank E, et al. Relapse prevention with antidepressant drug treatment in depressive disorders: a systematic review. *Lancet*. 2003;361:653-61.
9. Kuyken W, Warren FC, Taylor RS, Whalley B, Crane C, Bondolfi G, et al. Efficacy of mindfulness-based cognitive therapy in prevention of depressive relapse: an individual patient data meta-analysis from randomized trials. *JAMA Psychiatry*. 2016;73:565-74.
10. Bio DS. *Reabilitação vocacional e suas implicações no funcionamento cognitivo de pacientes esquizofrênicos [dissertação]*. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2010.
11. Favrod J, Nguyen A, Fankhauser C, Ismailaj A, Hasler J-D, Ringuet A, et al. Positive Emotions Program for Schizophrenia (PEPS): a pilot intervention to reduce anhedonia and apathy. *BMC Psychiatry*. 2015;15:231.
12. Penn DL, Roberts DL, Combs D, Sterne A. Best practices: the development of the social cognition and interaction training program for schizophrenia spectrum disorders. *Psychiatr Serv*. 2007;58:449-51.
13. Rouquayrol MZ, Goldbaum M, Santana EWP. *Epidemiologia, história natural e prevenção de doenças*. In: Rouquayrol MZ, Silva MGC, editores. *Epidemiologia e saúde*. 7ª ed. Rio de Janeiro: Medbook; 2013. p. 11-24.
14. Madhusoodanan S. Preventive psychiatry: we are getting closer to fulfilling the promise of reducing mental illness. *Ann Clin Psychiatry*. 2010;22:217-8.
15. Jacka FN, Reavley NJ, Jorm AF, Toumbourou JW, Lewis AJ, Berk M. Prevention of common mental disorders: what can we learn from those who have gone before and where do we go next? *Aust N Z J Psychiatry*. 2013;47:920-9.
16. Mrazek PJ, Haggerty RJ. *Reducing risks for mental disorders: frontiers for preventive intervention research*. Washington: National Academy; 1994.
17. Cuijpers P. Examining the effects of prevention programs on the incidence of new cases of mental disorders: the lack of statistical power. *Am J Psychiatry*. 2003;160:1385-91.
18. Das JK, Salam RA, Lassi ZS, Khan MN, Mahmood W, Patel V, et al. Interventions for adolescent

¹ Professor Assistente de Psiquiatria e Psicologia Médica, Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Recife, PE. Preceptor da Residência de Psiquiatria, Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco (HC-UFPE), Recife, PE. Mestre e Doutorando em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento, UFPE, Recife, PE. ² Estudante de Medicina, UFPE, Recife, PE. ³ Professor Adjunto de Psiquiatria e Psicologia Médica, UFPE, Recife, PE. Preceptor da Residência de Psiquiatria, HC-UFPE, Recife, PE. Doutor em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento, UFPE, Recife, PE.

- mental health: an overview of systematic reviews. *J Adolesc Health*. 2016;59:S49-S60.
19. McGorry P. Prevention, innovation and implementation science in mental health: the next wave of reform. *Br J Psychiatry Suppl*. 2013;54:s3-4.
 20. Beardslee WR, Chien PL, Bell CC. Prevention of mental disorders, substance abuse, and problem behaviors: a developmental perspective. *Psychiatr Serv*. 2011;62:247-54.
 21. Read J, Bentall RP. Negative childhood experiences and mental health: theoretical, clinical and primary prevention implications. *Br J Psychiatry*. 2012;200:89-91.
 22. Abed RT. Psychiatry and Darwinism. Time to consider? *Br J Psychiatry*. 2000;177:1-3.
 23. Keller MC, Miller G. Resolving the paradox of common, harmful, heritable mental disorders: which evolutionary genetic models work best? *Behav Brain Sci*. 2006;29:385-404; discussion 405-52.
 24. McGhee LL, Maani CV, Garza TH, Desocio PA, Gaylord KM, Black IH. The effect of propranolol on posttraumatic stress disorder in burned service members. *J Burn Care Res*. 2009;30:92-7.
 25. Clarke GN, Hawkins W, Murphy M, Sheeber LB, Lewinsohn PM, Seeley JR. Targeted prevention of unipolar depressive disorder in an at-risk sample of high school adolescents: a randomized trial of a group cognitive intervention. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1995;34:312-21.
 26. Clarke GN, Hornbrook M, Lynch F, Polen M, Gale J, Beardslee W, et al. A randomized trial of a group cognitive intervention for preventing depression in adolescent offspring of depressed parents. *Arch Gen Psychiatry*. 2001;58:1127-34.
 27. Garber J, Clarke GN, Weersing VR, Beardslee WR, Brent DA, Gladstone TR, et al. Prevention of depression in at-risk adolescents: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2009;301:2215-24.
 28. Beardslee WR, Brent DA, Weersing VR, Clarke GN, Porta G, Hollon SD, et al. Prevention of depression in at-risk adolescents: long-term effects. *JAMA Psychiatry*. 2013;70:1161-70.
 29. van Zoonen K, Buntrock C, Ebert DD, Smit F, Reynolds CF 3rd, Beekman AT, et al. Preventing the onset of major depressive disorder: a meta-analytic review of psychological interventions. *Int J Epidemiol*. 2014;43:318-29.
 30. Hetrick SE, Cox GR, Witt KG, Bir JJ, Merry SN. Cognitive behavioural therapy (CBT), third-wave CBT and interpersonal therapy (IPT) based interventions for preventing depression in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016;8:CD003380.
 31. Dadds MR, Spence SH, Holland DE, Barrett PM, Laurens KR. Prevention and early intervention for anxiety disorders: a controlled trial. *J Consult Clin Psychol*. 1997;65:627-35.
 32. Nauta MH, Festen H, Reichart CG, Nolen WA, Stant AD, Bockting CL, et al. Preventing mood and anxiety disorders in youth: a multi-centre RCT in the high risk offspring of depressed and anxious patients. *BMC Psychiatry*. 2012;12:31.
 33. Alves CFO, Ribas VR, Alves EVR, Viana MT, Ribas RMG, Junior LPM, et al. Uma breve história da reforma psiquiátrica. *Neurobiologia*. 2009;72:85-96.